

5. Маркова В.Н. Анализ антибиотикорезистентности штаммов *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae* в отделении гнойной хирургии / В.Н. Маркова, С.Х. Шамаева, Н.Н. Свешникова и др. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2019. – Т.21. – №1. – С. 44

6. Мидленко В.И. Эпидемиология и опыт лечения хирургических заболеваний прямой кишки, анального канала и промежности / В.И. Мидленко, А.А. Карташев, А.В. Смолькина и др. // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2017. – №3. – С. 87-95

7. Ортенберг Э.А. Клиническая значимость и динамика антибиотикорезистентности потенциальных БЛРС-продуцентов в многопрофильном стационаре (локальные данные) / Э.А. Ортенберг, Л.В. Шпилькина, Р.М. Хохлявина и др. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2017. – Т.19. – №4. – С. 341-344

8. Стяжкина С.Н. Сравнительная характеристика хирургических заболеваний и микробной флоры в зависимости от времени года / С.Н. Стяжкина, Н.Г. Михайлова, К.А. Коньшина и др. // Авиценна. – 2019. – №48. – С. 4-6

9. Усупбаев А.Ч. Послеоперационные инфекционные осложнения у больных с мочекаменной болезнью / А.Ч. Усупбаев, Б.А. Кабаев, А.С. Иманкулова и др. // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т.5. – №1. – С. 30-37

10. Яскова О.А. Практическое применение результатов исследования устойчивости микроорганизмов к дезинфицирующим средствам при проведении микробиологического мониторинга в хирургическом стационаре / О.А. Яскова // Журнал МедиАль. – 2018. – Т.22. – №2. – С. 21-24

## **НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ И ПСИХИАТРИЯ**

УДК 616-005.8

**Батенькова Т.Ю., Надеждина М.В.**  
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ**  
**ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С**  
**НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫМ КОНФЛИКТОМ ПРИ НЕВРАЛГИИ**  
**ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.**

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Batenkova T.Yu., Nadezhkina M.V.**

## **CLINICAL FEATURES AND EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH NEUROVASCULAR CONFLICT IN TRIGEMINAL NEURALGIA.**

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics

Ural state medical University

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: tuska-9494@yandex.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены клинические особенности невралгии тройничного нерва у 25 пациентов с нейроваскулярным конфликтом, проанализирована эффективность микроваскулярной декомпрессии в отдаленном периоде.

**Annotation.** The article discusses the clinical features of trigeminal neuralgia in 25 patients with neurovascular conflict, analyzes the effectiveness of microvascular decompression in the long term.

**Ключевые слова:** невралгия тройничного нерва, хирургическое лечение

**Keywords:** trigeminal neuralgia, surgical treatment

### **Введение**

Международная Ассоциация по изучению боли определяет невралгию тройничного нерва (НТН) как синдром, характеризующийся внезапными, кратковременными, интенсивными и повторяющимися болями в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва (ТН), обычно с одной стороны лица. Приступы нестерпимой боли вынуждают пациентов прекращать активную деятельность, отказываться от приема пищи, пренебрегать правилами личной гигиены, что приводит к моральной и физической депрессии [4]. Заболеваемость НТН достигает 30-50 человек на 100 тыс. населения, а по данным ВОЗ, находится в пределах 2-4 случаев на 100 тыс., женщины болеют в 1,5 раза чаще, чем мужчины [2].

Одной из основных причин возникновения истинной тригеминальной невралгии является компрессия корешка тройничного нерва непосредственно у ствола головного мозга. Компрессия нерва в большинстве случаев вызывается артериальным и реже венозным сосудами. Среди хирургических методов выделяются: микроваскулярная декомпрессия (МВД), стереотаксическая хемодеструкция Гассерова ганглия, радиохирургическое воздействие на ганглий, электростимуляция затылочного нерва [3]. Отмечено преимущество микроваскулярной декомпрессии, как способа для купирования болевого приступа, достижения ремиссии и снижения послеоперационных осложнений по сравнению с другими методами хирургического лечения [1, 2, 4].

**Цель исследования** – оценить клинические особенности невралгии тройничного нерва и выявить эффективность оперативного лечения у пациентов с нейроваскулярным конфликтом в отдаленном периоде.

## **Материалы и методы исследования**

Нами изучены особенности клинических проявлений заболевания, показания, характер произведенных вмешательств и их эффективность на основании анализа историй болезни, операционных журналов и опроса 25 пациентов с установленным диагнозом – «невралгия тройничного нерва». Исследование проходило на базе нейрохирургического отделения Свердловского областного онкологического диспансера (СООД) г. Екатеринбурга. Составлен опросник, включающий стандартизированные данные – частота приступов, сторона и заинтересованность ветвей ТН, факторы, провоцирующие приступ боли, интенсивность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), особенности консервативного лечения до хирургического вмешательства и после него, результаты проведенной магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Всем 25 пациентам с НТН проведена микроваскулярная декомпрессия верхней мозжечковой (ВМА) и передне-нижней мозжечковой артерии (ПНМА), соответственно 18 и 7 наблюдений. Операция заключалась в механическом разъединении корешка пораженного нерва и компримирующего сосуда с имплантацией между ними демпфирующей прокладки из искусственного импланта. Срок наблюдения после первой операции составил 5 лет.

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программ «Нейро-МВП» ([www.Neurosoft.ru](http://www.Neurosoft.ru)), Excel. Рассчитывали среднее арифметическое, стандартное отклонение. Степень достоверности определялась с помощью t-критерия Стьюдента, за статистически значимый уровень принимался уровень  $p < 0,05$ .

## **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование вошло 25 больных в возрасте от 37 до 79 лет, из них 6 (24,0%) мужчин и 19 (76,0%) женщин. У всех пациентов по данным МРТ головного мозга были выявлены признаки нейроваскулярного конфликта тройничного нерва. В зависимости от продолжительности заболевания до первого оперативного вмешательства выделено 2 группы пациентов: I – до 5 лет и II – свыше 5 лет, составившие соответственно 13 (52%) и 12 (48%) пациентов. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Анализ клинических проявлений НТН, проводимое консервативное и оперативное лечение у пациентов обеих групп даны в таблице 1. Статистически достоверного отличия вовлечения стороны ТН не выявлено. Все пациенты до первого оперативного вмешательства испытывали постоянный болевой синдром разной степени интенсивности (с преобладанием интенсивности болевого синдрома по ВАШ – 9-10 баллов и локализацией по ходу II, III и обеих II, III ветвей, который провоцировался одинаковыми факторами: холод, прием пищи, разговоры. Только у одного пациента I группы до операции уровень болевого синдрома не превышал 5 баллов. Причем для купирования болевого синдрома пациенты I группы со стажем заболевания менее 5 лет

принимали только один антиконвульсант и в более низкой дозировке по сравнению с дозировками препаратов у пациентов II группы (табл.1).

Таблица 1

Клинические особенности невралгии тройничного нерва у пациентов обеих групп (в зависимости от продолжительности заболевания)

Клинические проявления		I группа (n=13)				II группа (n=12)			
		До операции		После операции		До операции		После операции	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сторона поражения	справа	7	53,8	1	7,7*	7	58,3	4	33,3♦
	слева	6	46,2	2	15,4*	5	41,7	1	8,3*
Ветви	I	1	7,65	-	-	-	-	-	-
	II	4	30,8	-	-	3	25,0	-	-
	III	3	23,1	1	7,7	3	25,0	-	-
	I и II	1	7,65	-	-	2	16,7	2	16,7
	II и III	4	30,7	2	15,4	4	33,3	3	25
Интенсивность по ВАШ (баллы)	5-6	1	7,7	1	7,7	-	-	2	16,7
	7-8	1	7,7	2	15,4	2	16,7	3	25
	9-10	11	84,6	-	-	10	83,3	-	-
Частота приступов	Непрерывно	13	100	-	-	12	100	-	-
	Ежедневно	13	100	2	15,4	12	100	3	25
	1-2/нед.	-	-	1	7,7	-	-	2	16,7
	3-5/нед.	-	-	-	-	-	-	-	-
Провоцирующие факторы	Холод	13	100	3	23,1	12	100	5	47,7
	Жевание	13	100	3	23,1	12	100	5	41,7
	Разговор	13	100	3	23,1	12	100	5	41,7
Финлепсин-ретард	800мг	9	69,2	3	23,1	-	-	2	16,7
	1200 мг	2	15,4	-	-	8	66,7♦	1	8,3
	1600 мг	-	-	-	-	1	8,3	-	-

Финлепсин-ретард	400 мг	2	15,4	-	-	-	-	-	-
Прегабалин	150 мг х3 раза	-	-	-	-	1	8,3	-	-
Финлепсин-ретард + прегабалин	1200 мг 150мг х3 раза	-	-	-	-	2	16,7♦	2	16,7
Без препаратов		1	7,7	-	-	-	-	-	-

Примечание: \* -  $p < 0,05$  – достоверность различия показателей у пациентов внутри группы. ♦ - достоверность различия показателей у пациентов I и II групп.

Пяти (38,5%) респондентам I группы и одному (8,3%) больному II группы до микроваскулярной декомпрессии была выполнена стереотаксическая хемодеструкция Гассерова узла (ГУ), не достигшая эффекта. Оценив результаты оперативных вмешательств, мы получили следующие данные – у 10 (76,9%) из 13 пациентов I группы и у 7 (58,3%) из 12 прооперированных пациентов II группы после выполнения микроваскулярной декомпрессии достигнута полная ремиссия, что свидетельствует об эффективности и преимуществе раннего оперативного вмешательства.

Вследствие наличия выраженного болевого синдрома и неэффективности консервативной терапии у 3 пациентов I и 5 – II группы были проведены повторные оперативные вмешательства, представленные в таблице 2.

Анализ клинических проявлений у пациентов обеих групп до второго оперативного вмешательства выявил – интенсивность болевого синдрома по ВАШ 9-10 баллов, приступы были ежедневными, прием финлепсин –ретарда от 800 до 1200 мг у пациентов I группы и комбинированных препаратов у пациентов II группы.

Причем перед вторым оперативным вмешательством была выполнена однократная стереотаксическая хемодеструкция Гассерова узла у 1 пациента I группы и двукратная у 1 (8,3%) пациента II группы, не достигшие ремиссии, что явилось показанием к повторному вмешательству – МВД.

Таблица 2

**Проведенные оперативные вмешательства у пациентов с невралгией  
тройничного нерва обеих групп**

Первое оперативное лечение					
Виды оперативных вмешательств		I группа (n=13)		II группа (n=12)	
		Абс.	%	Абс.	%
Стереотаксическая хемодеструкция ГУ		5	38,5	1	8,3
Микроваскулярная	ВМА	11	84,6*♦	7	58,3*

декомпрессия	ПНМА	2	15,4	5	41,7
<b>Второе оперативное вмешательство</b>					
Стереотаксическая хемодеструкция ГУ		1	7,7	1 (дважды)	8,3
Микроваскулярная декомпрессия	ВМА	1	7,7	3	25,0
	ПНМА	2	15,4	2	16,7

Примечание: \* -  $p < 0,05$  – достоверность различия показателей у пациентов внутри группы. ✦ - достоверность различия показателей у пациентов I и II групп.

После проведенной второй МВД у 3 (23,1%) пациентов I группы была достигнута ремиссия, на фоне которой продолжался прием финлепсин-ретарда в дозе 200-400 мг в сутки. У 4 из 5 (41,7%) респондентов II группы достигнут положительный результат с минимальным приемом финлепсин-ретарда ночью. У одного из 5 пациентов II группы было проведено 5 оперативных вмешательств (3 хемодеструкции Гассерова узла и 2 МВД), но так и не была достигнута полная ремиссия, пациентка продолжала прием финлепсин-ретарда. У 1 (7,7%) из пациентов после второго оперативного вмешательства МВД имело место интраоперационное осложнение в виде пареза блокового нерва.

Проанализировав проведенные оперативные вмешательства, следует отметить, что при первом нейрохирургическом вмешательстве МВД ВМА преобладала ( $p < 0,05$ ) над МВД ПНМА, что свидетельствовало о преобладании компрессии ветви тройничного нерва верхней мозжечковой артерией. Повторное вмешательство проводилось на той же стороне, но с декомпрессией другой артерии.

#### **Выводы:**

1. У пациентов с невралгией тройничного нерва статистически достоверного отличия латерализации, локализации (преимущественно II, III ветви), провоцирующих факторов болевого синдрома в зависимости от компрессии ВМА или ПНМА, а также продолжительности заболевания не выявлено. У пациентов с продолжительностью заболевания свыше 5 лет выявлены большая интенсивность и частота болевого синдрома, прием препаратов в высоких дозировках.

2. У пациентов с выявленной (по данным МРТ головного мозга) компрессией ветви тройничного нерва эффективность первой проведенной микроваскулярной декомпрессии преобладала у пациентов с меньшей продолжительностью заболевания, составив 76,9% против 58,3% наблюдений у пациентов с продолжительностью заболевания более 5 лет. Проведенная стереотаксическая хемодеструкция Гассерова узла была неэффективной.

3. При первом нейрохирургическом вмешательстве микроваскулярная декомпрессия верхней мозжечковой артерии преобладала ( $p < 0,05$ ) над микроваскулярной декомпрессией передне-нижней мозжечковой артерии.

Повторное вмешательство проводилось на той же стороне, но с декомпрессией другой артерии.

4. При неэффективности консервативного лечения невралгии тройничного нерва следует проводить МРТ головного мозга для исключения компрессии корешка мозжечковыми сосудами для своевременного и адекватного нейрохирургического вмешательства.

**Список литературы:**

1. Герасимов М.В. Невралгия тройничного нерва. Аспекты формирования болевого синдрома, хирургическое лечение с использованием микрокраниотомии: автореферат дис. канд. мед. наук: ГОУ ВПО УГМА Росздравот 24.02.2010 / М.В. Герасимов - Екатеринбург, 2010.- 33 с.
2. Корешкина М.И. Дифференциальная диагностика и лечение невралгии тройничного нерва / М.И. Корешкина // Неврология. - 2016. - №2 (142) - С. 24-27.
3. Топольскова Н.В. Возможности комплексной лучевой диагностики невралгии тройничного нерва для выбора тактики хирургического лечения: автореферат дис. канд. мед. наук: Санкт-Петербург, «Восстания -1» / Н.В. Топольскова - СПб.: Питер, 2014г.- 24с.
4. Шиманский В.Н. Хирургическая коррекция синдромов сосудистой компрессии черепных нервов // В.Н. Шиманский, С.В. Тяншин, В.К. Пошатаев. Клинические рекомендации. – Москва, 2014.–15с.

УДК 616.8-005

**Белкина А.А., Ножкина Н.В.**

**СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА  
У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНЫХ СОСУДИСТЫХ ОТДЕЛЕНИЙ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Уральский Государственный Медицинский Университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Belkina A.A., Nozhkina N.V.**

**STRUCTURE OF ACUTE STROKE COMPLICATIONS  
IN PATIENTS IN PRIMARY STROKE CENTERS**

Department of Public Health and Healthcare  
Ural State Medical University,  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: annabelkina333@gmail.com

**Аннотация.** Своевременное выявление и лечение осложнений инсульта в значительной мере определяют клинический прогноз и реабилитационный потенциал пациентов. Цель исследования – установить структуру и частоту